

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3450

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHATTABI DRSS

Date de naissance : 17.5.1954

Adresse : 57, Rue Loudaya Hay Al Maghrib El Jadid Benchechid

Tél. : 06 68 17 32 63

Total des frais engagés : 2362,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHEIBI Soumaya

Age : 31.1.1969

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : fr de l'ost de red ch

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Benchechid

Le : 24.1.2023

Signature de l'adhérent(e) :



8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/11/14	Visite Facteur	1	2160,00	AZ
24/11/14	N° 182320/23	1	2160,00	AZ

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/23	202,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 12th edition of the International System of Units (SI) base units and their definitions. It features a circular arrangement of 12 numbered circles, each containing a symbol representing a base unit: 1. Ampere (A), 2. Kilogram (kg), 3. Mole (mol), 4. Kelvin (K), 5. Candela (cd), 6. Metre (m), 7. Second (s), 8. Ampere (A), 9. Kilogram (kg), 10. Mole (mol), 11. Kelvin (K), and 12. Candela (cd). The symbols are arranged in two concentric circles, with the outer circle containing the first six units and the inner circle containing the last six. The entire diagram is centered at the origin of a coordinate system with axes labeled D (left) and G (right).

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

26/12/13

CHEFSSI - SOWAYET

PPV:

EXP:

Lot N°:

47,80

47,80

- Dafen 10000

22,00

1cp x 3/j pdt

22,00 Cendol

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NOTO
7062492/
128916-1

6 118001 160044

3881

Barcode

-
2 cp x 2/j

133,00 Arcoxia 90

SV

1cp/j pdt 5 j

202,80

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUNI Mouloud
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie

صيدلية KHADRAOUI
Pharmacie KHADRAOUI
Dr. Med. K. KHADRAOUI
Rue Mohamed Ben Abdellah
Berrechid • Tel: 0522 32 87 30

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367

Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

24/11/23

CHEHBI Samaya

Confection manchette
platée .

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUN MOHAMED
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie
071188148



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

2300800874 / H0123038839

Prénom : SOUMAYA

Nom : CHEHBI

DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

Infusion plâtre

monde

plâtre

P. chahroui b1

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail : contact@fckm.hck.ma
N°INP 090061862

Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste
 090061862



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : ٢٤/١٢/٢٣

CRS

2300800874 / H0123038839

Prénom : SOUMAYA

Nom : CHEHBI

DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT

Sexe: F

partiel proble au jadis
du bras et du rdt all
au deplor bras
peu marche gen
ave Impr conct GVA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUNI MOHAMED
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie
071182143

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° **182 320** / 2023 du **24/12/2023**

Nom patient : **CHEHBI SOUMAYA**

Entrée **24/12/2023**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **24/12/2023**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
RADIOGRAPHIE DE L'AVANT-BRAS DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
RADIOGRAPHIE DE LA MAIN DE FACE ET DE PROFIL	1,00		180,00	180,00
CONFECION DE PLÂTRE	1,00		1 500,00	1 500,00
CONSULTATION INITIALE D'URGENTISTE	1,00		100,00	100,00
CONSULTATION DE MEDECIN SPECIALISTE	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	2 160,00
Total Frais Clinique				2 160,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE CENT SOIXANTE DIRHAMS	Total	2 160,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 160,00				2 160,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Tél: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54
Email: contact@hckz.ma
N'INP 090061862



4P

Coller Etiquette Du PAF



2300800874 / H0123038839

Prénom : SOUMAYA

Nom : CHEHBI

DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT
Sexe: F

2300800874 / H0123038839
Prénom : SOUMAYA
Nom : CHEHBI
DDN : 31/01/1959 E: 24/12/2023
Service : URGENCES (NA)

DES URGENCES

قسم المستعج

Age :

Poids : Kg

Sexe : M F

RADIOLOGIQUE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

..... Traumatisme du poignet et dt
..... antérieur : main en hyperextension

• RADIO STANDARD : Avant-bras dt
+ Main droite

FACE

PROFIL

Hôpital International Cheikh Khalifa
Tél.: 05 29 00 44 45
Fax : 05 29 00 44 71
E-mail : contact@hikm.ae

• ECHOGRAPHIE :

• SCANNER :

Avec injection

Sans injection

Créat :

BHCG : Positive

négative

• IRM :

Pacemaker Dispositif métallique

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUNI
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie
07118143

Signature et caché du médecin des
urgences

Dr AOUNAK
Médecin Interniste
09001862

SERVICE DES URGENCES

Casablanca, le 24.12.2023

COMPTE RENDU

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste
090061862

Je soussigné, Certifie avoir examiné

Mr/Mme chebbi Smaïya Le : 24/12/2023

Admis(e) au service des urgences.

Se plaignant de Tension de poitrine

Patient(e) a bénéficié d'un :

- Traitement symptomatique.
- Bilan Biologique.
- Bilan Radiologique :

- RADIO de l'avant-bras + de la main
- ECHOGRAPHIE
- SCANNER
- IRM
- AUTRES : confortable de Pectorale

Patient(e) a déclaré(e) :

- Sortant(e)
- Hospitalisé(e)
- Décès

Cachet du Médecin

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. BENBOU Samir
Urgentiste
090061862

PATIENT : CHEHBI SOUMAYA

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX Avant bras et Rx Main droite F+P

IPP : H0123038839

DATE NAISSANCE : 31/01/1959

NUMERO DOSSIER : 2300800874

Fracture de l'extrémité distale du radius
fracture de la styloïde cubitale .
épaississement des parties molles en regard .
Interligne articulaire sus et sous jacentes respectée.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : Dr IBRAHIMI

Dr. M. IBRAHIMI
Holographie